AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT KIEL

Über Chorea minor mit Psychose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

John Lüth,

approb. Arzt aus Wolfenbüttel.

Kiel 1919.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 79.
Rektoratsjahr 1918/19.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Heine,**
z. Z. Dekan.

Meiner Mutter
und dem Andenken meines Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0097

Die Chorea minor gehört in das Gebiet der hyperkinetischen Erkrankungen. Ursprünglich faßte man unter dem Namen Chorea (*ἡ χωρεία* der Tanz) alle Krankheiten mit unwillkürlichen zuckenden Bewegungen wie Chorea minor, Hysterie, Epilepsie, Paralysis agitans zusammen. Aus diesem Sammelbegriff schied Mitte des 17. Jahrhunderts der englische Arzt Sydenham die Chorea minor (Chorea anglorum, Sydenhami) als selbständiges Krankheitsbild aus und betonte den grundsätzlichen Unterschied gegenüber der Chorea minor, der Hysterie.

Die charakteristischen Bewegungen der Chorea minor, deren Schilderung weiter unten folgen wird, kommen auch bei anderen Erkrankungen vor.

In erster Linie auf dem Boden einer hysterischen Veranlagung. So findet man häufig in Schulen, daß, wenn eines der Kinder an Chorea minor erkrankt und während der Anfänge der Erkrankung (unruhiges Sitzen, Grimmassieren usw.) noch die Schule besucht, auch andere Kinder dieselben Symptome zeigen. Diese scheinbare Epidemie erlischt, wenn das erkrankte Kind dem Unterricht fernbleibt und so den anderen Kindern die Möglichkeit, neue Krankheitssymptome zu sehen und nachzuahmen, genommen wird (Chorea imitatoria).

Ferner finden sich choreatische Bewegungen bei zerebralen Erkrankungen, z. B. in den Verbindungen des Kleinhirnes mit dem Großhirn und mit dem roten Kern (Bindearme).

Lewandowsky nimmt auch an, daß Erkrankungen des Linsenkernes derartige Störungen im Gefolge hätten. Ebenso rechnet er auch die Chorea hereditaria progressiva zu den Degenerationskrankheiten des Nervensystems, wo ohne eigentliche Entzündung Nervenzellen und -bahnen einfach atrophieren. Die Charakteristika dieser Erkrankung sind außer der Erblichkeit und ihrem Auftreten um das 40. Lebensjahr herum vor allem die psychischen Erscheinungen, die irreparabel sind und zu völliger Verblödung führen.

Schließlich wären noch choreatische Bewegungen bei den auf psychogener Grundlage beruhenden Tics zu erwähnen, nur daß hier die Bewegungen sehr schnell, blitzartig erfolgen, so daß man für dieses Bild den Namen „Chorea electrica“ gebraucht.

Hinsichtlich ihrer Ätiologie steht der Chorea minor die Chorea gravidarum sehr nahe. Es soll sich auch bei ihr um eine Intoxikation, und zwar um eine Autointoxikation handeln. Während der Schwangerschaft gelangen entweder von der Plazenta oder vom Fötus Stoffe in den Kreislauf, die eine Erkrankung unter dem Bilde einer Chorea minor bedingen und die mit der Ausstoßung der Frucht wieder verschwinden.

Andere Autoren nehmen dieselben infektiösen Ursachen wie bei der Chorea minor an und sehen die Schwangerschaft nur als ein Moment an, das das Nervensystem besonders empfindlich macht. Andere wieder weisen darauf hin, daß die Chorea gravidarum in vielen Fällen ein Rezidiv einer Jugendchorea ist, zu dem die Schwangerschaft nur die auslösende Ursache ist.

Die Chorea minor befällt die Menschen hauptsächlich zwischen dem 5. und 25. Lebensjahre. Nach Heubner erkranken Säuglinge überhaupt nicht, ältere Leute nur während der Schwangerschaft. In dem Alter zwischen 5 und 15 Jahren stellt sich das Verhältnis zwischen Knaben

und Mädchen wie 1:3, über das 15. Lebensjahr hinaus erkranken fast ausschließlich nur noch weibliche Personen.

Für die Ätiologie der Erkrankung kommen vor allem 2 Ursachen in Betracht: einmal psychische Einflüsse, besonders aber Giftwirkungen, durch Bakterien oder Toxine hervorgebracht.

Über die psychischen Einflüsse sagt Oppenheim, daß ihnen besonders das Lebensalter unterworfen sei, bei dem die psychomotorischen Hemmungsapparate noch nicht zur vollen Ausbildung gelangt seien, in welchen seelische Einwirkungen sich noch ungehemmt in motorische Erscheinungen umsetzten. So sieht man bei Kindern, jungen Mädchen, Frauen unter dem Einflusse von Verlegenheiten und damit verwandten Gemütsbewegungen oft eine motorische Unruhe auftreten, die dem Bilde der Chorea ähnlich ist. Ebenso charakterisiert auch Bonhöffer die Disposition dieser Lebensjahre für die Chorea mit den Worten: „In diesem Alter besteht auch normalerweise in der Entwicklung der Ausdrucksbewegungen eine Hinneigung zum choreatischen Typus bei Mädchen und Knaben, wie die Verlegenheits- und Affektmitbewegungen dieses Alters und die grobschlächtigen Bewegungen der Flegeljahre zeigen."

Solange man nun für die Entstehung der Chorea keine pathologisch-anatomischen Unterlagen hatte, nahm man an, daß sie auch durch psychische Traumen allein, wie Schreck, Ekel, Furcht und ähnliche Affekte, hervorgebracht werden könnte. So rechnete man auch die oben erwähnte „Chorea imitatoria" zu der Chorea minor, während sie heute unter die rein funktionellen Neurosen, und zwar unter die Hysterie eingereiht wird. Heute stehen weitaus die meisten Forscher auf dem Standpunkt, daß die echte Chorea minor immer durch Intoxikation bedingt ist. Die oben nach Oppenheim und Bonhöffer zitierten psychischen Bedingungen haben auf die Entwicklung des Krank-

heitsbildes immer einen bedeutenden Einfluß, aber nur einen auslösenden, niemals einen ursächlichen. Die Ursache ist die Infektion.

Daß die Chorea sehr häufig vor, während oder nach Infektionskrankheiten auftrat, war schon seit langem bekannt, und zwar waren es fast regelmäßig zwei Krankheiten, mit denen in Verbindung sie auftrat, nämlich der Gelenkrheumatismus und die Endokarditis.

Man hatte nun bei Sektionen von Choreakranken mit Endokarditis gefunden, daß von den endokarditischen Auflagerungen Emboli in die Hirngefäße verschleppt waren, und stellte daraufhin die embolische Theorie auf; konnte sie aber später nicht halten, da die Sektion in den weitaus meisten Fällen ein negatives Resultat ergab. Dagegen mehrten sich die Fälle, wo man im Blut, Gehirn, Rückenmark Choreakranker Bakterien fand, und zwar Staphylokokkus pyogenes aureus (L. Meyer, Reichhardt, Gebhardts) und den Streptokokkus (Wassermann, Westphal). Da man dieselben Erreger häufig beim Gelenkrheumatismus findet, so nimmt man jetzt an, daß Chorea, Gelenkrheumatismus und Endokarditis dieselbe infektiöse Schädlichkeit als Ursache haben. Warum die Krankheitsbilder nicht immer gemeinsam auftreten, hängt von der Disposition der einzelnen Menschen ab. Auch spielen hier die oben erwähnten psychischen Einflüsse eine große Rolle insofern, als einerseits ein psychisch minderwertiges System durch die Infektion leichter angegriffen wird, andererseits ein durch Infektion geschädigtes System leichter psychischen Insulten zugängig ist.

Das Symptomenbild der Chorea setzt sich aus zwei Elementen zusammen, den Muskelbewegungen und den psychischen Erscheinungen. Die Muskelbewegungen sind außerordentlich charakteristisch, und wenn man sie einmal gesehen hat, erkennt man sie sofort als choreatische Bewegungen wieder, womit aus den eingangs erwähnten

Gründen natürlich noch nicht bewiesen ist, daß sie wirklich durch eine echte Chorea minor entstanden sind.

Die choreatischen Bewegungen hat in anschaulicher Weise Oppenheim geschildert: „Das Kind steht und sitzt nicht still, sondern ist in fortwährender Bewegung; da wird der Arm ab- und adduziert, rotiert, die Schulter gehoben und gesenkt, es streckt sich die Hand, während die Finger sich spreizen, um gleich darauf wieder gebeugt und gestreckt zu werden. Der Rumpf wird gedreht, von einer Seite zur anderen geworfen, die Stirn wird gerunzelt, der Mund in die Breite gezogen, der Kopf auf die Seite gedreht. Der Patient kann nicht ruhig stehen, bald wird der Oberschenkel, bald der Fuß bewegt. Das Gehen ist nur in schweren Fällen bei hervorragender Beteiligung der unteren Extremität behindert, auch können die Zuckungen der Beine so stark sein, daß der Kranke nicht einmal zu stehen imstande ist. Die geschilderten Bewegungen folgen einander im bunten Wechsel und treten auch nebeneinander auf, so daß gleichzeitig verschiedene Muskelgruppen und die Muskeln verschiedener Gliedmaßen in Aktion sind. Daß sich die unwillkürlichen Bewegungen nicht auf eine Muskelgruppe beschränken und sich nicht in rhythmischer Weise in derselben abspielen, sondern bald hier, bald dort hervortreten und in ganz unregelmäßiger Weise die einzelnen Muskelgebiete befallen, das ist das Charakteristische. Auch entsprechen die einzelnen Bewegungen weniger dem Typus der Zuckungen als dem der Bewegungen, sie ähneln den willkürlichen, unterscheiden sich aber von ihnen durch die Zwecklosigkeit und den steten Wechsel der Bewegungsform und Richtung. Neben diesen kombinierten Bewegungsakten werden aber auch in der Regel kurze Zuckungen, z. B. in der Gesichtsmuskulatur beobachtet.“

Die psychischen Erscheinungen bei der Chorea sind außerordentlich wechselvoll, sie durchlaufen die ganze Skala gestörter Seelentätigkeit, angefangen von einer einfachen

Steigerung der Affekte, der Labilität der Seelenstimmung bis zu den Symptomen, wie sie ausgesprochenen Psychosen eigentümlich sind. Daraus erklärt es sich denn, daß die Schilderung der einzelnen Krankheitsfälle eine außerordentlich mannigfache ist. Für diese verschiedenen Bilder eine gemeinsame Erklärung zu finden, ist immer das Bestreben der einzelnen Autoren gewesen. In dem Folgenden soll die Schilderung der einzelnen Symptomenkomplexe erfolgen und dann der Gesichtspunkte, von denen aus man versucht hat, die Mannigfaltigkeit der Bilder von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus zu erklären.

Über die leichtesten Formen schreibt Woltenberg: „Die Kranken sind jähzornig, aufbrausend, schreckhaft, launisch, einem häufigen, plötzlichen Stimmungswechsel unterworfen. Sie können sich schlecht sammeln und erscheinen deshalb zerstreut und vergeßlich, bisweilen machen sie einen läppischen, albernen Eindruck. Der Grad dieser verhältnismäßig leichten Verstimmung kann ein sehr verschiedener sein. Sie sind jedenfalls in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle vorhanden, wahrscheinlich in allen. Zum mindesten gilt dies von der Labilität der Affekte. Oft treten diese Anomalien erst nach einigen Tagen zutage. Man ist zuerst geneigt, die Kranken für geistig normal zu halten, um dann doch eines Besseren belehrt zu werden."

Ebenso fanden Barthes und Rilliet die Verstandeskraft bei der Mehrzahl ihrer Kranken ungetrübt, diese selbst aber launig und leicht erschreckbar.

Haase sagt ebenfalls, die psychischen Affekte sind anfangs wenig gestört, bald aber zeigt sich eine gewisse Geistesschwäche, Mangel an Aufmerksamkeit, Unfähigkeit zu einem geordneten Ideengange und zu folgerichtigem Urteile, ebenso werden sie mürrisch, reizbar und eigensinnig.

Schuchhardt gibt ebenfalls an, lediglich elementare Veränderungen der Psyche, Veränderungen des Gemütes, große Reizbarkeit und leichte Gedrücktheit.

Nach Bonhöffer wird in manchen Fällen außer der Affektsteigerung und der gesteigerten Reizbarkeit eine Störung der Aufmerksamkeit beobachtet, die meist nicht durch klinische Methoden nachweisbar ist, sondern als Veränderungen in den Schulleistungen sich bemerkbar macht.

Emminghaus sagt: Sinnliche wie psychische Hyperalgie, meist schon anfangs vorhanden, steigert sich bald zur Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit, womit sich gemütliche Aufregungen, Ungeduld und Neigung zum Zorn verbinden. Die Kranken erscheinen, weil Zwangsgefühl und zwangsweise Stimmungen auftreten, launenhaft. Die Apperzeption äußerer Eindrücke ist teilweise unvollständig, die Reproduktion erschwert, ebenso die Merkfähigkeit schlecht, es besteht Ideenflucht und Inkohaerenz der Vorstellungen, die von einem einfachen Zerstreutsein bis zur hochgradigen Verwirrung anwachsen kann.

Nach Kraepelin handelt es sich um traumartige Verwirrtheit und Benommenheit mit eigentümlicher Zusammenhanglosigkeit des Denkens, einzelnen Sinnestäuschungen, Wahnbildungen und gemütlicher Reizbarkeit. Die Kranken fassen in der Regel die Eindrücke gut auf, sind aber sehr unaufmerksam, zerstreut und vergeßlich, leicht abgelenkt, ohne Verständnis für ihre Lage und Umgebung, unfähig sich zusammenhängend zu äußern. Hunger. einförmige abgerissene Sätze vor, in die sie zuweilen zufällige Wahrnehmungen und gehörte Worte einflechten. Vereinzelte flüchtige Sinnestäuschungen treten auf, sie hören ihre Angehörigen rufen oder weinen, sehen wohl auch Gestalten, erkennen die Personen, fürchten sterben, verbrennen zu müssen, umgebracht, vergiftet zu werden, äußern Versündigungsideen, aber alles unklar und ohne weitere Verarbeitung. Die Stimmung ist bald ängstlich, verdrießlich, reizbar, schreckhaft, bald mehr läppisch, heiter, schnippisch, wechselt häufig und rasch [illegible]

zu heftigen Zornesausbrüchen und Selbstmorddrohungen, dazwischen schieben sich Zeiten mürrisch-ablehnender Teilnahmlosigkeit.

Powell teilt zwei Fälle, Köppen einen Fall mit, wo bei den ersten beiden Fällen ängstliche Aufregungszustände vorausgegangen waren, dann die choreatischen Bewegungen auftraten und einige Zeit danach die eigentliche Geistesstörung mit Sinnestäuschungen und Erregungszuständen folgte. Bei dem Fall von Köppen schloß sich an die Chorea ein deliriumartiger Zustand mit Angst, Versündigungsideen, mit Gehörs- und Gesichtshalluzinationen.

Oppenheim schildert die psychischen Symptome folgendermaßen: In der Mehrzahl der Fälle nimmt auch die Psyche an der Chorea teil, gewöhnlich nur insoweit, als Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Gedächtnisschwäche, Zerstreutheit sich mit den motorischen Reizerscheinungen vereinigen. Diese psychischen Erscheinungen steigern sich nur höchst selten bei Kindern, häufig aber bei Erwachsenen zu ausgesprochenen Psychosen, und zwar kommen Depressionszustände, besonders aber halluzinatorische Delirien mit heftiger maniakalischer Erregung und Verworrenheit, nur ausnahmsweise eine Geisteskrankheit unter dem Bilde einer Paranoia acuta vor. Die Manie entwickelt sich auf der Höhe der Chorea; sie hält gewöhnlich nur einige Wochen an, um dann in Verstimmung, Apathie oder in Geistesstörung überzugehen, die sich durch Sinnestäuschungen, Verfolgungsideen, Selbstanklagen kennzeichnet. Die schwersten Psychosen kommen bei der Schwangerschaftschorea und den infektiösen Formen dieses Leidens vor.

Die soeben geschilderten verschiedenartigen Formen der psychischen Alteration bei Chorea führt man ebenso wie die somatischen Erscheinungen jetzt fast allgemein auf Infektion zurück. Wie man ja überhaupt vorgeschlagen hat, statt der Bezeichnung Chorea minor Chorea infektiosa

zu sagen (Wendenburg). Es wäre also die choreatische Psychose als Infektions- oder Erschöpfungspsychose zu bezeichnen. Zwischen diesen beiden Zuständen ist eine Unterscheidung nicht möglich (Siemerling). Die meisten Autoren treten für diese Ansicht ein.

So sagt Moebius: Die Choreapsychosen sind Infektionspsychosen. Diese letzteren charakterisiert er mit den Worten: „Alle Gifte bewirken halluzinatorische Verwirrtheit, immer ist ein traumhafter Zustand die Grundlage.“ Alle Symptome seiner Fälle führte er immer wieder auf ein Hauptsymptom, nämlich Verwirrtheit und Halluzination zurück.

Wollenberg äußert sich in demselben Sinne, nur läßt er die Fälle mit Stupor bis zu einem gewissen Grade als selbständige Psychosen gelten.

Auch Kraepelin nimmt eine Verwandtschaft an zwischen den Störungen der Chorea und den Infektionspsychosen.

v. Kraft-Ebing unterscheidet Delirien und Verwirrtheit. So stellt er mehrere Gruppen zusammen: flüchtige leichte Fieberdelirien, Erschöpfungserscheinungen (Vergeßlichkeit, erschwertes Denken bis zum Erschöpfungsdelirium auf Grund von Schlaflosigkeit, ungenügender Nahrung, Fieber), dann eigentliche Psychosen aus gleicher Infektionsquelle als einfache oder halluzinatorische Verwirrtheit bis zum Stupor und Blödsinn, endlich komplizierte Psychosen, aus psychischem Trauma oder selbständig entstanden.

Kleist faßt sein Urteil über 155 von ihm untersuchte Fälle dahin zusammen, daß er sagt: „Die überwiegende Mehrzahl der Choreakranken leidet an charakteristischen, gemütlichen Verstimmungen, die sich entweder als ängstlich-schreckhafte oder als heiter-zornmütige Stimmungsanomalien darstellen, zuweilen mischen sich beide Stimmungsanomalien.“ Häufig fand er einen Mangel an Spontanität und

geringe Aufnahmefähigkeit für von außen kommende Anregungen, dazu kommen noch Denkstörungen, Unaufmerksamkeit, Vergeßlichkeit, Versagen bei komplizierten Denkleistungen, eine gewisse Denkträgheit. Aus diesen leichten Anomalien wachsen nun die schweren psychischen Störungen heraus. So entstehen aus ängstlichen Verstimmungen die Angstvorstellungen der Bedrohung, Versündigung, Unheilbarkeit usw. Aus den heiteren Affekten entstehen Rede- und Bewegungsdrang der Selbstgefälligkeit und der Anmaßung usw. Kleist bringt nun die Choreapsychosen einerseits in Beziehung zu den Infektionspsychosen, andererseits sagt er, daß sie den Motilitätspsychosen Wernickes nahestehen.

Bonhöffer endlich rechnet die Choreapsychosen ebenfalls zu den Infektionspsychosen, er weist aber gleichzeitig darauf hin, daß auch durch eine Chorea eine endogene Geisteskrankheit zum Ausbruch kommen könnte. Besonders macht er auf die Hebephrenie aufmerksam, deren Ausbruchszeit mit der Zeit der größten Empfänglichkeit für Chorea zusammenfiele. „Die Schwierigkeiten, welche dadurch in die ätiologische Beurteilung hineingebracht werden, können im Einzelfall sehr erheblich sein, um so mehr, als die echten Choreapsychosen symptomatologisch eine Bevorzugung psychomotorischer Symptome zeigen, wie wir sie bei der Hebephrenie und Katatonie kennen.“ In solchen Fällen wird man erst aus dem Verlauf der Erkrankung die Diagnose stellen können, da bei der Chorea die psychischen Anomalien früher oder später immer wieder verschwinden. Das gleiche gilt auch für die Chorea gravidarum und das manisch-depressive Irresein.

Anschließend sei mir noch gestattet, einen mir von Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling zur Verfügung gestellten Fall von Chorea minor mit Psychose im Anschluß an Gelenkrheumatismus zu schildern.

Patient A. E., geb. 23. IX. 1905.

Aufgenommen: 16. XI. 1918; entlassen: 18. XII. 1918.

Diagnose: Chorea minor mit Psychose (einfache Seelenstörung).

I. Anamnese: Am 16. XI. von den Eltern im Sanitätswagen gebracht, hatte leichte Zuckungen am ganzen Körper, Verstand klar, verhält sich ruhig und wird nach B. I gebracht. — Weinte abends, deshalb nach B. III verlegt, morgens wieder zurück nach B. I.

Angaben der Eltern: Pat. hat mit 5 Jahren Masern gehabt. Im Juli dieses Jahres an Scharlach erkrankt, anschließend daran Gelenkrheumatismus. Von der Zeit an hat er sich nicht mehr gut erholt, hat nur zeitweise die Schule besucht, habe dort gut gelernt. Vor 4 Wochen ist eine Grippe hinzugetreten und seit 8 Tagen liegt Pat. wieder dauernd im Bett mit Zuckungen am ganzen Körper und Gehstörungen, ebenso macht sich Schlaflosigkeit bemerkbar, seit drei Nächten nicht geschlafen.

Angaben des Pat. am 17. XI.: Habe die Zuckungen schon seit circa 1 Woche, kann dieselben nicht unterdrücken, die Mutter sage, daß er im Schlaf auch zucke. Sonst keine Klagen. Besuche die 13. Knabenschule, Kaiserstr. 99; lerne gut, sei nicht sitzen geblieben. Im Juni oder Juli Scharlach, dann Gelenkrheumatismus in Armen und Beinen. Seitdem sich nicht wohl gefühlt, fror immer. Wenn er nach der Uhrpendel sehe, habe er das Gefühl, als ob das Herz immer langsamer schlage und bekomme Atemnot. Weint, hört aber gleich wieder auf.

II. Status praesens: Sehr lebhafte choreiforme Zuckungen, unwillkürlich und unkoordiniert. Drehen, Beugen des Kopfes, Verziehen des Gesichtes. Schnaufen. Beuge-, Streck- und Drehbewegungen der Arme und Beine. Heben der Schultern. Zuckungen sind so lebhaft, daß er kaum auf dem Stuhl sitzen kann.

Die vorgestreckte Zunge wird fortwährend zurückgezogen.

Sprache: Noch verschiedene Tonstärke. Einzelne Silben werden verschluckt.

Stimmung: Äußerst labil. Habe nachts im Dunkeln zuweilen Augen gesehen, die ihn immer böse ansahen. In seinem Kopfe summten immer solche Lieder, die er kannte. Sonst keine Halluzinationen. Hat Angst, wenn ihn einer scharf ansah. Er weint, als er von seinen Halluzinationen erzählt.

Schädel nicht klopfempfindlich.

Kopfmaße: 52 : 17½ : 15.

Pupillen beide gleich.

R. L. +

R. C. +

Augenbewegungen frei.

VII +

XII +

Reflexe der oberen Extremitäten o. B.

Kniephänomen +. Der Unterschenkel bleibt nach Beklopfen der Patellarsehnen einen Augenblick in der Streckstellung.

Achilles +. Zehen plantar.

Puls ungefähr 112, wegen der dauernden Bewegungen kaum zu zählen.

Herz: II. Pulmonal und Aortenton akzentuiert, deutliches Geräusch.

Lungenuntersuchung wegen Bewegung nicht möglich.

Leib: o. B.

Urin: kein Eiweiß, kein Zucker.

Orientierungsprüfung:

Wo her +

Wo hier +

Stadt +

Monat +

Datum +

Warum so weinerlich? „Weil ich nicht schlafen kann". Weint dabei laut auf.

III. Verlauf: 18. XI. Weinerliche Stimmung. Klagt er könne keine Luft bekommen, dann wieder ganz vergnügt. Zuckungen am ganzen Körper, kann nicht allein essen. Schlaf mit kurzen Unterbrechungen.

19 XI. Zuckt zeitweise, lacht und weint abwechselnd.

20. XI. Liegt heute ziemlich ruhig im Bett.

21. XI. Ißt jetzt allein. Zuckungen wenig, verzieht noch das Gesicht, bessere Stimmung, gut geschlafen.

23. XI. Augenhintergrund untersucht: Pupillen bds. o. B.

1. XII. Liegt still im Bett, keine Zuckungen mehr. Stimmung und Schlaf gut.

6. XII. Steht stundenweise auf. Keine Klagen mehr.

11. XII. Beschäftigt sich etwas mit leichter Hausarbeit, ruhig und geordnet.

18. XII. Als geheilt entlassen.

Temperatur-Kurve.

Tag	M.	A.
17. XI.	37.6	37
18. XI.	36.8	36.8
19. XI.	36.9	36.4
20. XI.	36.4	36.5
21. XI.	36.4	36.8
22. XI.	36.5	36.9

Gewichtstabelle.

18. XI.	31.5 kg
25. XI.	33.3 „
2. XII.	34.2 „
9. XII.	34.0 „
16. XII.	33.8 „

Stuhlgang während des ganzen Verlaufes regelmäßig.

Epikrise.

Der 13-jährige Knabe war bis zum Juli 1918, abgesehen von einer Erkrankung an Masern im 5. Lebensjahre, niemals krank, auch scheint er psychisch ein normal veranlagtes Kind zu sein, da „er in der Schule immer gut gelernt habe und niemals sitzen geblieben sei". Im Juli 1918 ist er dann an Scharlach erkrankt und anschließend daran an Gelenkrheumatismus. Vielleicht ist die Scharlachangina

selbst die Ursache des Gelenkrheumatismus gewesen, vielleicht hat sie aber nur durch Schädigung der Tonsillen der folgenden Infektion die Wege geebnet. Von diesem Gelenkrheumatismus hat sich der Pat. offenbar nicht wieder richtig erholt, er ist nur zeitweise in die Schule gegangen, es scheinen bessere und schlechtere Perioden abgewechselt zu haben, denn er sagt, er habe noch gut gelernt. Im Oktober hat er dann noch eine Grippe durchgemacht und seit Anfang November ist er bettlägerig mit Zuckungen am ganzen Körper. Die letzten drei Nächte vor der Aufnahme hatte er nicht mehr geschlafen.

Bei der Aufnahme fallen sofort die choreiformen Zuckungen auf und die Steigerung der Gefühlsäußerungen, die sich in einer starken Labilität der Stimmung geltend machen. Gleich am ersten Abend fängt er plötzlich an zu weinen, so daß er verlegt werden muß, läßt sich aber auch schnell wieder beruhigen. Dasselbe wiederholt sich während der Untersuchung, auch hier wieder auf eine geringfügige Ursache ein lautes Aufweinen und ein ebenso schnelles Abklingen des Affektes. Auch sind Gesichts- und Gehörshalluzinationen vorhanden, denn er sieht „im Dunkeln Augen, die ihn böse ansehen, und in seinem Kopf summen solche Lieder, die er gelernt hat". Auch bei der Schilderung dieser Halluzinationen fängt er wieder an zu weinen.

Die Verstandessphäre scheint dagegen nicht gestört zu sein. Er macht richtige anamnestische Angaben, ist auch über Ort, Zeit und Raum gut orientiert.

Bei der körperlichen Untersuchung ergibt sich eine Akzentuation des 2. Pulmonal- und Aortentones und ein deutliches Geräusch. Dieses läßt an eine durch den Gelenkrheumatismus erworbene Enderaditis denken. Ferner ist die Anomalie des Kniephänomens interessant. Beim Beklopfen der Patellarsehnen bleibt das Bein einen Augenblick in Streckstellung. H. Vogt sagt darüber, ein wich-

tiges Symptom der Chorea ist der sogenannte protahierte Sehnenreflex, dem einige eine pathognomische Bedeutung zuschreiben. Der Patellarreflex tritt hier wie gewöhnlich ein, doch folgt eine tonische Verlängerung der Streckstellung und erst nach kurzer Pause sinkt der Unterschenkel wieder herab. Eshner meint, daß es sich um eine reflektorisch ausgelöste choreatische Zuckung des Quadriceps zugleich mit der Reflexbewegung handele.

In den nächsten Tagen lassen die Zuckungen nach, der Schlaf stellt sich wieder ein, zunächst noch mit Unterbrechungen, ab 20. XI. schläft er regelmäßig, die Stimmung ist noch bis zum 19. XI. ziemlich labil, er lacht und weint abwechselnd.

Ab 22. XI. hören die Zuckungen auf und es erwacht der Wille in ihm, gesund zu werden.

Ab 6. XII. steht er zunächst stundenweise auf, Zukkungen und krankhafte Stimmung sind verschwunden und am 18. XII. wird er als geheilt entlassen.

Es handelte sich also um eine im Anschluß an Gelenkrheumatismus entstandene Chorea minor mit Psychose. Die Psychose äußerte sich in einer Labilität der Affekte, in Gesichts- und Gehörshalluzinationen, während die Verstandessphäre unberührt blieb, sie gehört also in die Kategorie der einfachen Seelenstörung.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Siemerling für die Überlassung des Falles und für die mir bei der Arbeit gütigst gewährte Unterstützung meinen ergebensten Dank zu sagen.

Literaturverzeichnis.

Aschaffenberg: Handbuch der Psychiatrie.
Bär: I.-D. 1915.
Kleist: Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 64, 1907,
Kraepelin: Psychiatrie.
Lewandowsky: Praktische Neurologie für Ärzte.
Moebius: Neurolog. Beiträge, Bd. 2.
Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
Vogt, H.: Handbuch der Neurologie III.
Wendenburg: Mitteilg. f. Psychiatrie, Bd. 28, 1910.
Wollenberg: Chorea, Paralysis agitans usw.
Zinn: Archiv f. Psychiatrie, Bd. 28, 1916.

Lebenslauf.

Ich, John Lüth, bin am 8. September 1890 in Wolfenbüttel geboren und evangelisch getauft. Besuchte vier Jahre die Volksschule in Wolfenbüttel, dann die Gymnasien von Wolfenbüttel und Blankenburg. Auf dem letzteren bestand ich im Herbst 1909 die Reifeprüfung. Vorklinisch besuchte ich die Universitäten Heidelberg und Kiel. Die klinischen Semester studierte ich in München und Straßburg. In Kiel bestand ich März 1913 das Physikum, in Straßburg August 1917 das Staatsexamen. Während des Krieges war ich vom 19. August 1914 bis 15. Dezember 1918 als Truppenarzt im Felde mit Unterbrechung eines Examenurlaubes nach Straßburg.